FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895-96 N° 104

DE LA

CHUTE SPONTANÉE DES DENTS

DANS LE TABES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 31 juillet 1896

PAR

Dieudonné-Joseph-Michel **LAFONTAINE**

Né le 24 septembre 1854 à Astaffort (Lot-et-Garonne)

Examinateurs de la Thèse...	MM. ARNOZAN	professeur	*Président.*
	VERGELY	professeur	
	SABRAZÈS	agrégé	*Juges.*
	LE DANTEC	agrégé	

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. PECHADE
20, RUE MARGAUX, 20
—
1896

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895-96 N° 104.

DE LA

CHUTE SPONTANÉE DES DENTS

DANS LE TABES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 31 juillet 1896

PAR

Dieudonné-Joseph-Michel **LAFONTAINE**

Né le 24 septembre 1854 à Astaffort (Lot-et-Garonne)

Examinateurs de la Thèse...	MM. ARNOZAN	professeur	*Président.*
	VERGELY	professeur	
	SABRAZÈS	agrégé	*Juges.*
	LE DANTEC	agrégé	

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. PECHADE
20, RUE MARGAUX, 20
—
1896

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

MM. MICÉ..... } Professeurs honoraires.
AZAM..... }

	Messieurs
Clinique interne	PICOT. PITRES.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIE.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	de NABIAS.
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PI .CHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MESNARD. CASSAET. AUCHE. SABRAZÈS. LE DANTEC.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	VILLAR. BINAUD BRAQUEHAYE.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie	PRINCETEAU. CANNIEU.
Physiologie	PACHON.
Histoire naturelle	BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIG .S.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS.	Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MM. MOURE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	DUBREUILH.	Maladies mentales.....	R.GIS.
		Pathologie externe	DENUCÉ.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.	Accouchements	RIVIÈRE.
		Chimie.....	DENIGÈS.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR PITRES

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER D'ACADÉMIE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

AU DOCTEUR SABRAZÈS

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHEF DU LABORATOIRE DES CLINIQUES

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR ARNOZAN

MÉDECIN DES HOPITAUX

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Romberg, dès 1851, donna le premier une esquisse du tabes, mais c'est Duchenne (de Boulogne) qui en est en quelque sorte le créateur; c'est à lui, en 1858, que revient le grand mérite, d'une description vraie, d'un tableau magistral sous le nom d'ataxie locomotrice.

Le tabes, puisqu'on est convenu de l'appeler ainsi, est une des affections les plus complexes de la nosologie, présentant, avec la syringomyélie, le plus de phénomènes variés : « multiplicité et diversité d'expressions morbides », dit Fournier, tel est bien le caractère dominant du tabes.

Douleurs fulgurantes, troubles vésicaux, troubles gastriques, troubles oculaires, spasmes laryngés, troubles de la motilité et de la sensibilité..... Tel est le bilan succinct de ses accidents.

A ces phénomènes vient s'ajouter un groupe de symptô-

mes que l'on qualifie *de troubles trophiques* se produisant vers les articulations, les os, la peau, les ongles, les dents et comprenant les arthropathies, les fractures spontanées, la *chute des ongles, la chute des cheveux, la chute des dents et le mal perforant.*

Deux de ces phénomènes nous ont paru particulièrement intéressants, autant à cause du fait lui-même que des circonstances dans lesquelles ils se présentent. Ce sont *la chute des ongles* et la *chute spontanée des dents.*

La chute des ongles a été le sujet de travaux nombreux; elle a été particulièrement étudiée dans une thèse très appréciée de M. Domecq-Turon, inspirée par M. le professeur Pitres.

La chute spontanée des dents n'ayant pas été l'objet d'une étude aussi spéciale et de recherches aussi nombreuses, c'est à cette étude que nous avons cru bon de nous attacher dans notre thèse.

Notre but est d'apporter notre modeste contingent d'observations, afin de mieux déterminer ce symptôme de la chute spontanée, d'en étudier l'évolution sur le vif, de le classer dans telle ou telle période de la maladie, d'essayer de le rattacher à telle lésion, en un mot d'en mieux préciser les caractères.

C'est déjà indiquer la division de notre étude qui comprendra cinq parties :

1. — Un historique succinct des différents travaux faits sur la question de la chute spontanée des dents.

2. — La symptomatologie déjà établie par les auteurs, additionnée peut-être de quelques faits remarqués par nous.

3. — Nos observations, au nombre de onze, dues les unes à l'obligeance de M. le professeur Pitres, les autres à nos investigations à l'hôpitalSaint-André et à l'hospice Pellegrin dans le service de M. le Dr Davezac, ont trait à des ataxiques avérés ; aussi l'observation vise-t-elle surtout la chute des dents.

4. — Quelques indications sur la Pathogénie.

5. — Enfin les conclusions résumant en quelques lignes le résultat de notre travail.

Avant de commencer notre étude qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements bien sincères à M. le professeur Pitres, qui, avec une bienveillance toute particulière, a mis à notre disposition quelques-unes de ses savantes observations qui constituent pour le symptôme que nous étudions une base inébranlable.

Une part de reconnaissance revient à M. le Dr Davezac qui nous a autorisé à examiner ses malades à l'hospice Pellegrin.

Nous adressons un remerciement cordial à M. le Dr Rolland, directeur de l'école dentaire de Bordeaux, notre camarade et ami, à qui nous devons, par d'incessants conseils, d'avoir repris des études délaissées hélas ! depuis longtemps, mais restées chères malgré tout, dont la terminaison fut toujours notre idée et sera la joie de notre cher père. C'est pour lui que nous avons fait cet effort tardif.

Nous devons un souvenir à deux amis en compagnie desquels nous avons subi nos derniers examens et qui, par leur exemple, ont été en quelque sorte nos entraîneurs : MM. les docteurs Quéré et Texier.

Notre gratitude profonde revient à M. Sabrazès, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux qui nous a inspiré cette thèse et qui avec une patience affectueuse nous a guidé dans nos recherches pour les mener à bien.

Nous prions M. le professeur Arnozan, auquel nous rattachent quelques souvenirs lointains d'école, d'agréer nos remerciements pour avoir bien voulu accepter de présider notre thèse.

HISTORIQUE

Depuis longtemps déjà, *la chute spontanée des dents* est un fait remarqué, mais il a été plus particulièrement attribué au diabète, à la paralysie générale, à la syphilis et à la fièvre typhoïde (1). Il n'en était nullement question comme symptôme du tabes.

Dès 1868 et 1869 seulement parurent quelques travaux. MM. Labbé et Delbeau publièrent les premières observations sur ce sujet, signalant la chute spontanée des dents comme un phénomène possible du tabes.

Dès ce moment, la science est éveillée sur cette question.

En 1870, Duplay observait un cas semblable aux précédents.

(1) Nous pouvons ajouter que personnellement nous avons constaté la chute spontanée d'une incisive chez un lépreux du service de M. le professeur Pitres, cette chute s'est faite sans douleur, sans hémorragie ; en mangeant le malade l'a cueillie ; elle était saine.

Ceci ne doit pas nous étonner. D'après M. Arnozan, en effet (Thèse d'agrégation, 1880), les lésions osseuses de la lèpre sont analogues à celles du tabes. Ces lésions, dit M. Arnozan « portent moins sur les dents que sur les os qui *se nécrosent et s'atrophient, les dents restant saines* ».

Les phénomènes de résorption alvéolaire se produisant dans la lèpre, comme dans le tabes, cette chute spontanée de dent chez un lépreux s'explique très bien.

En 1871, Dubrueil (de Montpellier), publiait trois nouveaux exemples.

A ce moment, il y a comme un arrêt dans ces observations, soit qu'on n'ait plus constaté de pareils faits, soit qu'on n'ait pas cru devoir les considérer comme probants.

Ce n'est qu'en 1879, c'est-à-dire huit ans après, qu'il se produit un nouvel élan, cette fois plus sérieux, plus fertile et qui sera le vrai point de départ, la consécration de ce phénomène.

En 1879 en effet M. Vallin, professeur agrégé au Val-de-Grâce, publia sur ce sujet un mémoire contenant trois observations qui firent l'objet d'une communication à la Société médicale des hôpitaux (séance du 11 juillet).

Dans cette même séance furent également lus deux cas de chute spontanée, observés par le docteur Vallier et rapportés dans la thèse de Hay-Margirandière, 1883.

En 1882, M. Demange (de Nancy), publia deux nouveaux exemples de ce curieux accident, preuve que jusque là, ce phénomène était considéré comme une manifestation relativement rare du tabes. Mais ces observations de M. Demange avaient la supériorité sur celles de M. Vallin, de reposer sur l'autopsie et l'examen anatomo-pathologique ; des lésions bulbaires furent constatées, elles furent publiées dans la thèse de M. le docteur Bonnieu, 1883.

Voici du reste comment s'exprime, au sujet des observations de MM. Vallin et Demange, le Dictionnaire des sciences médicales à l'article « Ataxie », sous le nom de M. le professeur Raymond :

« Demange et Vallin ont récemment publié des observations de tabes, qui présentaient une particularité curieuse et nouvelle, savoir : la chute spontanée des dents consécutive à une véritable exfoliation du rebord alvéolaire du maxillaire. Nous-même, avons constaté ces faits à l'hôpital d'Ivry et les avons mentionnés dans la thèse de notre élève H. Bonnieu. Or, Vallin se fondant, il est vrai, sur les résultats d'un simple examen à l'œil nu, est d'avis

que cette exfoliation du rebord alvéolaire qui entraîne la chute spontanée des dents est due à une ostéite raréfiante, en tous points comparable à celle qui prépare le terrain aux fractures spontanées dont il est question plus haut. Ajoutons que dans plusieurs des observations publiées jusqu'à ce jour ces phénomèmes insolites du côté du maxillaire étaient manifestement en rapport avec des crises douloureuses affectant comme siège le tronc et les ramifications de la cinquième paire. »

Disons tout de suite que ces douleurs ne peuvent être considérées comme constantes; nous le verrons dans divers cas déjà cités et même dans nos observations personnelles.

A propos des cas de Vallin, Fournier ajoute : « Notons ce détail négatif qui a son importance relativement à la pathogénie des accidents; jamais, au préalable, ce malade n'avait souffert de névralgie dentaire ni de douleur fulgurante dans le trajet du trijumeau ; il n'avait jamais, non plus, été affecté de zona ophtalmique. »

Et, commentant le cas de Vallin, dont le sujet, ancien syphilitique, était atteint de tabes il dit que « contrairement au sien, des névralgies trifaciales servirent de prélude à l'ébranlement : plusieurs dents devinrent mobiles simultanément et d'une façon rapide; six furent extraites dans une même séance, presque sans effusion de sang; toutes étaient absolument saines.

En 1879, Fournier cite, à l'appui de sa thèse, un cas qu'il a constaté à la salle Saint-Louis : la chute spontanée des dents, chez un tabétique syphilitique, coïncidait avec la chute des ongles et le mal perforant plantaire ; ce malade présentait tous les troubles de la cinquième paire qui caractérisent le *masque tabétique* avec anesthésie.

En 1882, MM. David et Galippe, après avoir longuement étudié les faits, soutenaient dans deux mémoires la thèse du tabes agissant par résorption du maxillaire; Galippe faisant en outre

intervenir, comme adjuvant des lésions, la pyorrhée alvéolaire.

En 1883, le docteur Bonnieu, dans sa thèse, relate simplement les observations de Vallin et de Demange, insistant sur le caractère bulbaire des phénomènes.

En 1883, encore, M. Hay-Margirandière cite deux observations cliniques du docteur Vallier : la chute des dents s'était faite sans douleur préventive.

A cette même époque, nous trouvons dans la thèse de M. Lhoste l'observation d'un malade chez lequel toutes les dents sont tombées en deux mois, et sans aucune douleur des gencives ni des dents.

En 1885, Manoha (thèse de Montpellier, atrophie du maxillaire supérieur), rassemble les observations déjà parues et sait établir le premier des divisions dans la marche de la résorption tabétique d'après les accidents divers de la région buccale.

La première de ces divisions a pour type bien net les faits Labbé, Vallin, Demange. L'auteur adopte en partie l'idée déjà émise par Galippe.

Luys s'est occupé de la question, faisant remarquer qu'à une certaine période du tabes la lèvre inférieure des malades vient se placer au-devant de la lèvre supérieure qui est en retrait, par suite de la chute des dents et de la résorption avéolaire du maxillaire supérieur.

Follin cite un cas qu'il a observé dans lequel les dents les plus saillantes étaient celles dont les alvéoles se résorbaient le plus rapidement.

Cette même année nous trouvons (*Gazette Médicale de Montpellier*, 1885) un cas dans lequel M. Lereboullet constatait depuis quelques temps la perte des cheveux et des dents du côté gauche, sans pouvoir en trouver l'explication, lorsque l'ataxie par des symptômes indéniables se confirma chez le malade.

En 1890, au commencement de l'année, M. le professeur

Lanelongue, de Bordeaux, recevait dans son service un malade atteint de mal perforant et d'autres symptômes tabétiques : en quelques mois le malade perdit toutes ses dents très saines; M. Lanelongue conclut à une lésion d'origine névritique; le sujet fut présenté par M. Baudet, interne des hôpitaux, à la Société d'anatomie de Bordeaux où il fut examiné par M. le professeur Pitres, qui émit l'hypothèse de troubles névritiques dans le tabes.

En 1892 M. Carrière dans une thèse soutenue à Paris sur l'atrophie progressive des arcades alvéolaires) inspirée par M. Baudet, relate et commente l'observation de M. Lanelongue.

Dans cette même thèse M. Carrière mentionne trois autres cas de chute de dents chez des ataxiques, cas observés par M. le professeur Joffroy, qui peuvent être classés dans le groupe Vallin-Demange ou dans les deux premières divisions de Baudet.

En 1894, M. Baudet (*Union Médicale* de novembre) publiait un nouveau cas signalé par M. Touchard, professeur à l'école dentaire de Paris : « ce malade n'a plus de dents à la mâchoire supérieure, le rebord alvéolaire a complètement disparu. »

Enfin, mentionnons les noms de MM. Fournier, Hudélo, Letulle, qui dans des publications récentes et Galippe dans un article du *Journal des Connaissances médicales* viennent de présenter la question sous un nouveau jour, faisant du mal perforant buccal une aggravation, un degré plus avancé de la résorption progressive.

Un état détaillé de la question pour le cas particulier de la résorption alvéolaire vient d'être publié par M. Baudet (*Arch. de Méd.*, 1895).

On le voit, il n'existe sur cette question que des travaux français.

En Italie seulement on s'est occupé de ce sujet : Millioti, de Milan, dans son livre sur le tabes s'est plus particulièrement attaché à rechercher s'il y a douleur prémonitoire à la chute des dents. Au chapitre des symptômes nous reviendrons sur la contribution qu'il a apportée à cette étude.

SYMPTOMATOLOGIE

La Symptomatologie, quoique simple en apparence, a cependant donné lieu à bien des controverses entre les auteurs.

Y a-t-il douleur préventive avant la chute des dents ?

Quel est le siège de ces douleurs ?

Quel en est le caractère ?

Quelles lésions en découlent ?

La chute spontanée est-elle un phénomène préataxique ?

Autant de questions qui ont été tour à tour admises et contestées et qui nous ont paru intéressantes à examiner.

Certains auteurs affirment que les douleurs prémonitoires existent sur le trajet du trijumeau, dans les gencives et dans les dents et qu'elles se font sentir quelques semaines avant la chute : Les observations de MM. Vallin et Demange sont très nettes à ce sujet MM. Portalier, Manoha et d'autres les ont constatées aussi.

Fournier, dont la compétence en la matière est acquise, Lhoste et d'autres, affirment au contraire avec des observations à l'appui que ces douleurs n'ont jamais existé. — Qui a raison ? un peu chacun; et seuls ont tort ceux qui sur un faible nombre d'observations voudraient conclure. Millioti, de Milan, a pris part au débat et après avoir recueilli l'opinion des autres il formule la

sienne. Et se sentant fort de ses observations, il déclare que la chute des dents se fait quelquefois sans aucun trouble antécédent de la cinquième paire. Tandis que d'autres fois cesdits troubles ont existé ou existent et peuvent, d'après M. Arnozan (dans sa thèse d'agrégation 1880) s'accompagner d'une nécrose du maxillaire. Une observation que nous devons à M. le professeur Pitres appartient à cette catégorie. La voûte palatine ne présente plus trace de rebord alvéolaire.

M. Portalier cite un exemple de tabes dans lequel toutes les dents sont tombées spontanément, — quinze à la fois — sans avoir provoqué la moindre douleur.

A ces citations, Millioti ajoute un autre cas de M. Lhoste où la chute des dents a été précédée de violentes douleurs fulgurantes occipitales avec perte de huit dents et abcès maxillaires.

Comme on le voit ce phénomène de douleur prémonitoire n'a encore rien de bien précis ; il est probable, cependant, à notre avis, d'après les cas ci-joints, que la chute des dents est généralement précédée par des douleurs céphaliques, faciales, dentaires, gingivales, sous forme d'agacements ou autres sensations subjectives, preuve qu'il se passe dans la sphère du trijumeau et des vasomoteurs qui l'accompagnent certains troubles correspondant à l'altération de nutrition des dents. — Ces accidents varient d'acuité avec les sujets.

Nos observations personnelles viennent à l'appui de cette affirmation :

Un de nos malades (Obs. I) n'a éprouvé, dit-il, que des sensations d'agacement ;

Un second malade (Obs. II.) accuse des douleurs peu sensibles, presque imperceptibles, mais il les accuse, elles ont existé et peut-être, en raison du temps écoulé, se sont-elles effacées de la mémoire.

En revanche, les malades qui ont fait l'objet des observations III et VIII accusent des douleurs très vives ; celles-ci ont précédé de

quelques semaines la chute des dents; et elles étaient ressenties dans les dents et dans les gencives. Ces dernières même ont conservé une certaine sensibilité qui va jusqu'à la douleur au moindre contact.

Un autre de nos malades (Obs. IX) a présenté des phénomèmes de gonflement du côté des joues et des lèvres, une chute de la paupière supérieure gauche; il ne se souvient pas s'il y a eu des douleurs préventives dans les dents.

M. Hay-Margirandière conclut même dans sa thèse, que toute douleur n'entraîne pas chute des dents, mais qu'il n'y a pas chute de dents sans douleur : « La chute des dents chez les ataxiques » est précédée par ces troubles de l'innervation dans la sphère du » trijumeau, soit anesthésie, soit, et principalement, hyperesthésie, » troubles dont la localisation est étroitement liée au siège des » dents qui tombent. »

Ce qui frappe cependant, et c'est un point sur lequel les auteurs sont généralement d'accord, c'est, dans la période de chute, l'absence de tout traumatisme important. Les dents tombent et les malades déclarent que la chute se fait sans douleurs; ils semblent même chercher une cause lointaine, généralement futile à cette chute. Ainsi notre malade (Obs. I) n'hésite pas à attribuer l'ébranlement de ses dents à certains exercices de chaises qu'il avait l'habitude de faire bien longtemps auparavant avec les dents; évidemment, ces exercices n'y sont pour rien; la chute s'est faite d'elle-même, aussi le nom est-il bien donné de chute spontanée.

Dans ce cas, les dents sont admirablement saines et quelques mois auparavant elles adhéraient solidement aux mâchoires ; témoins le malade de Dolbeau qui, quelques mois auparavant cassa cent cinquante noyaux d'abricots et le malade de M. Lanelongue qui avait conservé trois dents saines qu'il venait de recueillir. — Témoins également nos malades, deux surtout, (Obs. I, II) qui nous présentent toutes leurs dents tombées spontanément en neuf

jours, l'un onze et l'autre quinze, qu'ils ont conservées précieusement depuis plusieurs années. Ces dents sont en parfait état, *sans trace de carie.*

Voici, généralement, se qui se passe : La maladie débute brusquement, puis les dents s'ébranlent, elles se déchaussent et paraissent s'allonger. — Enfin elles tombent ou bien pendant la mastication, sans que le malade s'en aperçoive, mélées aux aliments ; ou bien le malade les « cueille » suivant l'expression pittoresque mais vraie du professeur Dubrueil. Il n'y a pas d'hémorragie et c'est à peine si le malade crache de la salive teintée de sang. Les dents ne sont ni cariées ni altérées, à moins qu'elles l'aient été auparavant pour toute autre cause ; elles ont commencé par branler dans l'alvéole érodé, raréfié et devenu trop large et trop court pour les maintenir.

Ces phénomènes se passent indistinctement du côté droit ou du côté gauche; mais nous avons cru remarquer une prédominance des lésions pour le côté gauche. Il semble que le maxillaire supérieur soit plus souvent atteint que le maxillaire inférieur ; dans deux cas cependant nous avons constaté des accidents absolument opposés (Obs. VI et VIII), le maxillaire inférieur était complètement privé de ses dents et le maxillaire supérieur les avait toutes. Les molaires, en général, sont frappées les premières — la lésion de déchaussement est plus accentuée à la face interne du maxillaire qu'à la face externe, pour le maxillaire supérieur (Obs. I et II).

Dans le maxillaire inférieur, au contraire, la résorption se fait surtout à la face externe.

Nous avons vu quelquefois la racine interne d'une grosse molaire supérieure complètement à nu, libre dans la bouche. La gencive se place alors entre la racine interne et les racines externes formant ainsi une cloison entre celles-ci. Lorsqu'on arrache la dent on constate que la paroi osseuse des alvéoles a disparu. Ces parois alvéolaires

ne sont plus formées que de tissus mous (gencives et périoste) comme le montre le cas de l'observation I par exemple.

A l'origine de cette chute spontanée des dents se trouve donc la raréfaction du tissu osseux alvéolaire qui se résorbe progressivement. On voit le rebord alvéolaire des maxillaires s'effaçer et disparaître ; le processus de résorption intéresse même â un stade plus avancé la voute palatine.

Voici ce qui se passe alors : l'absence de rebord alvéolaire supérieur et de dents à ce maxillaire entraîne un retrait de la lèvre supérieure qui est pour ainsi dire imbriquée sous la lèvre inférieure. Quelques dents du maxillaire inférieur existent encore, mais elles tomberont à leur tour : Les pommettes se détachent alors remarquablement saillantes, contribuant à imprimer à la physionomie un cachet inoubliable; il y a donc lâ un *facies spécial* qui permet de soupçonner à distance les phénomènes de de résorption progressive et de chûte spontanée des dents que l'on peut observer à l'inspection de la cavité buccale.

Le malade peut même être en proie à des suppurations avec élimination de sequestre et trajet fistuleux intra buccaux; il peut lui-même enlever des fragments d'os qui offrent différentes formes : il sont ou bien irréguliers, dentelés réduits à des lamelles osseuses, contournés ou disposés en cornet.

Ces nécroses du maxillaire, véritable mal perforant buccal, a été observé maintes fois : Ce qui est caractéristique de son évolution, c'est l'indolence absolue des lésions qui minent sourdement la mâchoire et c'est leur inaccessibilité aux traitements antisyphilitiques.

Mais le mal va rarement aussi loin et un de nos malades (obs. XI) montrait simplement à l'examen une voute palatine légèrement concave sans rebord alvéolaire (par suite, d'une part, de la resorption complète des alvéoles et de la disparition du rebord gingival réduit à l'état d'une simple bordure muqueuse à facettes obliques

de dehors en dedans et sur le même plan que la voute palatine).

Nous avons tenu à faire le tableau de ce malade qui perd spontanément les dents sans douleur et à bien établir que ce n'était là qu'une forme d'un processus plus complexe caractérisé par la résorption osseuse et ses complications sub-inflammatoires. *Le mal perforant* buccal n'est que le *dernier acte* de ce drame morbide; le maxillaire creusé d'un ulcère atone communique alors avec le sinus maxillaire qui a été pour ainsi dire *rongé* par la lésion.

La résorption progressive du tissu osseux doublée des infections sub-aiguës d'origine buccale collaborent à ce résultat final.

Après avoir tracé les caractères du symptôme que nous venons d'étudier, il importe de se demander qu'elle est sa valeur séméiologique, à quelle période du tabes il s'observe le plus souvent.

La chute spontanée des dents peut être un symptôme révélateur du tabes. Mais on l'observe aussi dans la période d'état et même tardivement chez les vieux tabétiques.

Voyons ce que nos observations nous permettent de conclure : Elles indiquent que c'est plutôt au symptôme de début, un accident prémonitoire.

On a vu des cas de tabes fruste arrêtés pour ainsi dire à cette période, seulement marqués par le masque tabétique et quelques autres signes peu apparents.

Il en est, dans ce cas, comme pour les autres faits de *tabes supérieur* céphalique; la maladie est fruste et nécessite beaucoup de flair de la part du clinicien pour ne pas être méconnue.

Dans nos observations I, II, III, IV les malades ont été affirmatifs; ils déclarent que sans autre accident, subitement, après avoir ressenti ou non des douleurs dans la face, la chute des dents s'est effectuée sans douleur vive.

Le malade de l'observation IX est des plus suggestif à cet égard; la chute est un des premiers symptômes qui l'ont frappé. Nos

observations et les cas publiés par les autres auteurs nous inclinent à penser que c'est là un phénomène précoce, prétabétique.

En résumé :

On note souvent des douleurs *très vagues* prémonitoires ou quelques sensations anormales.

La douleur affecte très rarement le type fulgurant; elle intéresse les gencives et les dents qui doivent être atteintes.

Les lésions sont : le déchaussement par résorption alvéolaire à la face interne pour le M. S., à la face externe pour le M. I.;

Un dépôt de tartre formant gaîne autour de la dent;

La chute spontanée des dents appartient surtout à la période préataxique.

PATHOGENIE

D'après la Symptomatologie et aussi d'après nos observations personnelles nous sommes portés à considérer la *résorption alvéolaire* comme la cause effective de la chute spontanée des dents : celles-ci déchaussées, dégaînées, pour ainsi dire, tombent parce qu'elles ne sont plus maintenues.

Reste à savoir quelle est la cause de cette résorption ; tous les auteurs invoquent les *névrites périphériques* pour expliquer les troubles trophiques du tabes.

Mais cette névrite elle-même qui se traduit par les phénomènes subjectifs concomitants, est-elle *primitive* ou *secondaire,* ou encore *coexiste-t-elle avec d'autres lésions des cellules du ganglion de Gasser ou des centres sensitifs bulbo-pédonculaires ?*

Les recherches anatomo-pathologiques n'ont pas encore pu démontrer quel est le point des neurones centripètes qui dégénère le premier et sous quelle influence il dégénère. Si l'incertitude règne pour ce qui est du tabes vulgaire, *a fortiori* ne sait-on rien en matière de tabes fruste.

Ici, comme pour l'ataxie locomotrice à forme commune, la syphilis figure souvent parmi les antécédents, mais nous ne pouvons dire

comment *elle a modifié les centres nerveux* pour aboutir aux lésions du *tabes supérieur*.

L'étude de ces formes frustes du tabes *n'est encore que symptomatique*. A l'avenir de remonter aux conditions anatomiques du *primum movens* de l'altération du neurone. Les observations cliniques bien prises auront le mérite de tracer la voie aux investigations histologiques.

Si le trouble nerveux paraît commander la résorption osseuse alvéolaire et partant la chute des dents (les expériences de Schiff sur les jeunes chiens auxquels il sectionnait le trijumeau sont suivies de quelques altérations des dents, mais non *de chute spontanée*) les infections secondaires d'origine buccale jouent certainement un rôle dans la pathogénie des complications tardives telles que le *mal perforant buccal* ; c'est là un ulcère perforant doublé d'une ostéomyélite torpide (la région est en effet hypoesthésique).

Cependant il est exagéré de dire que la pyorrhée alvéolo-dentaire aggravée de tabes explique la chute spontanée des dents (Galippe) ; le plus souvent la dent tombe sans aucune trace de suppuration de cette sorte.

Nous avons en effet constaté chez nos malades l'absence de pyorrhée, le défaut de suppuration et, ce qui est plus caractéristique, *l'intégrité absolue du périoste dentaire, qui serait certainement détruit par la pyorrhée*.

Et si cette pyorrhée existe elle n'est que concomitante sans relation avec le tabes.

Manoha, Marie, Fournier formulent une théorie analogue.

Nous sommes donc amené à conclure que la chute spontanée des dents se fait en raison d'un travail de résorption osseuse, insidieux et parfois méconnu du malade lui-même.

Les lésions du système nerveux en sont la cause ; les usures des os sont fréquentes dans les maladies organiques du système nerveux ; c'est ainsi que l'on voit les raréfactions ortéo-articulaires

des ataxiques, l'amincissement des maxillaires dans l'hémiatrophie faciale progressive.

Vallin, exprimant la même idée, ajoute que cette exfoliation du rebord alvéolaire entraîne la chute des dents et que sur des débris d'alvéoles il est facile de constater l'existence de cette érosion du tissu osseux et la réalité de cette ostéite raréfiante.

Charcot compare ces altérations du maxillaire à celles qu'il avait constatées dans les os des membres des ataxiques.

Avec Charcot, Liouville invoque l'ostéoporose qui se traduit par une dilatation des canalicules de Havers remplis de véritables bourgeons charnus et par la raréfaction osseuse se faisant du centre à la périphérie.

C'est un trouble dit trophique caractérisé par une ostéoporose du maxillaire, résorption et atrophie consécutive et finalement chute des dents faute de support et par luxation au cours de la mastication.

Ces phénomènes successifs et leur enchaînement ont été constatés par nous sur certains de nos malades et particulièrement sur celui qui fait l'objet de l'observation I.

Il n'est donc pas douteux pour nous que cette ostéoporose du maxillaire amène la chute spontanée des dents. Il y aurait intérêt à étudier histologiquement les caractères de cette raréfaction osseuse et de voir si une infection sourde n'accompagne pas ce processus.

Donc la chute des dents *marche de pair* avec la lésion du maxillaire. Nous savons en effet la difficulté que l'on éprouve à extraire sans la briser une dent sur la mâchoire d'un squelette si l'alvéole est intact. Or chez nos malades la résorption de l'alvéole était complète; il n'en restait plus trace. Dans un de nos cas nous avons vu que la gencive intacte formait cloison entre les racines de la dent dont une était encore adhérente. Il a fallu un certain effort pour extraire cette dent et nous avons constaté que s'il n'y avait

plus trace d'alvéole, *la gencive et le périoste alvéolo-dentaire auquel adhérait la racine constituait toute la résistance.*

Il faut donc compter avec le périoste qui est le dernier refuge de la vitalité de la dent.

Ainsi s'explique son maintien, malgré sa *mobilité anormale*, jusqu'à ce qu'un traumatisme pendant la mastication la fasse basculer et la détache.

Le tabes semble avoir le privilège de provoquer la chute spontanée des dents sans suppuration; on conçoit cependant que des lésions du même ordre réalisées par d'autres causes morbides suscitent ce symptôme, mais cela demande vérification; d'autres maladies telles que le diabète peuvent aboutir au même résultat mais par un processus évident de pyorrhée alvéolo-dentaire.

OBSERVATIONS

Observation I. (personnelle)

Salle 16. Lit 9.

Service de M. Pitres suppléé par M. Sabrazès

P... (Pierre).

Age : 60 ans.

Profession : employé chez un marchand de vin.

Entre le 2 juin 1896 à l'hôpital Saint-André pour des troubles de la vue et de l'incontinence d'urine.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 72 ans à la suite d'un ictus apoplectique ayant amené une hémiplégie.

Mère morte à 77 ans subitement.

Ni frères, ni sœurs.

Antécédents personnels. — Cet homme n'a eu dans son enfance aucune maladie. Il n'est ni syphilitique, ni alcoolique.

Faisant son service militaire il a eu une poussée de furoncles. A noter aussi la dyssenterie et deux blennorrhagies qui n'ont laissé aucun reliquat.

Il a eu du lumbago traumatique à la suite d'un faux mouvement. Ce lumbago est survenu il y a neuf ans, en voulant remuer une barrique : il éprouva une douleur violente au niveau de l'épine dorsale..

Deux ou trois mois mois après sont survenues les douleurs fulgurantes.

Il y a 6 ou 7 ans, P... a commencé à avoir de l'incontinence d'urine. Son urine était très chargée, le jour moins que la nuit. Cette incontinence ne l'a pas quitté un seul instant depuis.

Il y a trois ans, le malade a commencé à perdre la vue. D'après lui il y aurait eu coïncidence entre ce commencement de cécité et les sueurs profuses qu'il éprouvait en marchant, au niveau de la région lombaire. C'était d'abord comme un brouillard enveloppant les objets situés devant lui, puis l'acuité visuelle a diminué de plus en plus. C'était en hiver, il faisait froid. Après avoir marché quelque temps il éprouvait des sueurs sur la région dorsale puis sur tout le corps. A l'atelier il était obligé de changer de linge et alors les sueurs diminuaient. Il n'y avait pas à ce moment là coïncidence d'affection cutanée, pas de démangeaisons, pas de phénomènes purpuriques.

Depuis un ans P... ne va plus régulièrement à la selle ; il est constipé et reste cinq à six jours dans cet état. Il y a parfois du sang dans les matières qu'il rend.

Etat actuel. — La temporale est dure et légèrement sinueuse.

Léger tremblement des paupières.

Les mouvements du globe oculaire sont normaux. Pas de nystagmus. La pupille droite est plus grande que la gauche. Ses pupilles ne réagissent ni à la lumière ni à l'accommodation.

Le nez est dévié à gauche (congénitalement).

La commissure labiale gauche est abaissée.

La langue est normale, sans tremblement. Les dents sont presque toutes tombées, sans douleur dit-il.

La peau est saine. Il n'existe pas de troubles trophiques des poils, ni des ongles.

Sensibilité générale. — La sensibilité générale est conservée partout.

Pas d'anesthésie testiculaire.

Réflexes :

Plantaire : Normal des deux côtés ;
Rotulien : Normal à droite, aboli à gauche ;
Testiculaire : Aboli à gauche, normal à droite ;
Abdominal : Existe des deux côtés ;
Poignet : Faible des deux côtés ;
Pharyngien : Peu marqué.
Pas de trépidation épileptoïde du pied, ni de la rotule.

Il y a une huitaine de jours, le malade a ressenti des douleurs fulgurantes. Ces douleurs fulgurantes survenaient dans la nuit, vers le matin, le soir il ne les avait plus. Elles lui faisaient pousser un cri et passaient instantanément. Il en avait tous les huit ou quinze jours. Il ne les a plus aujourd'hui.

Il éprouve une douleur occipito-pariétale gauche constante, mais peu forte ; elle n'est exagérée ni par la pression en ce point, ni par le tiraillement des cheveux. Elle l'est au contraire si l'on secoue fortement la tête.

Sensibitité spéciale. — Vision : Le malade déclare ne pas y voir. Si on lui demande de dire combien de doigts on lui montre, il est dans l'impossibilité de répondre. Il ne distingue que la clarté. Il ne peut se conduire tout seul et va butter contre tous les objets qui se trouvent sur son passage.

Il ne voit pas de mouches volantes, pas de points brillants, mais il lui arrive de percevoir des barres noires, enchevêtrées à la manière

d'un grillage, ces barres se déplacent dans le sens vertical. Pas de migraine ophtalmique.

L'examen des yeux a été pratiqué et voici la note qui a été donnée :

Strabisme externe léger alternant.

Œil droit en divergence en haut et en dehors.

Aspect glauque de la pupille.

Atrophie blanche des nerfs optiques.

Audition : normale ; pas de bourdonnements d'oreilles.

L'odorat et le goût sont parfaitement conservés.

Motilité. — Les masses musculaires sont peut-être plus flasques sur les membres du côté droit que sur ceux du côté gauche.

Pas d'atrophie.

La marche est possible et normale.

La station sur deux pieds ou sur un pied est aussi possible et ne provoque pas d'oscillations.

Pas de tremblement des doigts ; pas de tremblements fibrillaires ; pas de tremblement intentionnel.

Le sens musculaire est parfaitement conservé.

Pas d'instabilité lorsqu'on lui fait relever les jambes au-dessus du plan du lit.

Ne perd pas ses jambes dans le lit.

Appareil digestif. — Langue normale.

Appétit assez bon.

Digestions faciles.

Constipation habituelle.

La palpation de l'abdomen n'est pas douloureuse.

Appareil respiratoire. — En avant : l'inspection ne révèle rien de particulier.

Les vibrations thoraciques sont normales, un peu plus marquées à droite.

Sonorité normale.

L'auscultation ne révèle l'existence d'aucune modification dans le rythme, le timbre des mouvements respiratoires; pas de bruits anormaux.

En arrière : On ne constate rien de particulier.

Appareil circulatoire. — Pas de voussure précordiale.

La pointe bat dans le cinquième espace intercostal en dedans du mamelon.

Pas de frémissement cataire.

Rien à l'auscultation.

Pouls régulier normal.

Appareil urinaire. — Incontinence d'urine constante. Les urines sont troubles. Il existe un dépôt considérable d'urates.

Pas de sucre ni d'albumine.

P..., a commencé à perdre les dents il y a 15 ans en 1881, sans douleur et bien que toutes fussent saines.

A cette époque il n'avait encore éprouvé aucun symptôme tabétique. Ses dents sont devenues branlantes et le malade s'imaginait que c'était en s'exerçant à soulever des chaises avec les dents qu'il avait ébranlé les dernières.

Une seule a présenté de la carie; il dût la faire extraire.

Ces dents ne lui déterminaient pas une véritable douleur, mais une sensation d'agacement ; elles devenaient progressivement branlantes dans tous les sens. Une simple poussée du doigt et même de la langue suffisait à les faire tomber au bout d'un certain temps.

Plusieurs sont tombées de la sorte, la dernière il y a trois mois.

La chute n'est arrivée que lentement, mais elle s'est produite avant toute douleur tabétiqne, fulgurante ou autre, c'est bien un phénomène préataxique.

Etat actuel de la bouche. — Il reste encore dans la bouche :

I. *Mâchoire supérieure* : à droite, 3e G. M., 1re G. M., 2e P. M. ; à gauche. 1re G. M.

La troisième G. M. droite présente de la carie au niveau du collet ; la gencive et le rebord alvéolaire tant à la partie interne qu'à la partie externe sont résorbés ; mais la résorption est plus prononcée à la partie interne. La dent même ne tient que par ses racines externes, la racine interne est complètement à nu, on peut avec le doigt faire basculer la dent autour des racines externes.

A gauche la seule molaire restante est encore solide bien que l'alvéole ait commencé à se résorber au niveau de la racine interne qui est à moitié découverte :

II. *Mâchoire inférieure* : à droite, 1re G. M., 2e P. M., 1re P. M., les canines, les deux incives ; à gauche, 1re G. M., 2e P. M., 1re P. M., la canine, les deux incisives.

A droite la deuxième et troisième G. M. sont tombées *spontanément*, à gauche, la deuxième et troisième G. M. sont tombées par carie, les racines sont encore dans les alvéoles.

Les autres dents restantes, sont à la face externe, recouvertes d'une épaisse couche de tartre au niveau des incisives. Toutes sont branlantes.

Au niveau de ces dents on remarque une résorption très nette du rebord alvéolaire externe. Cette résorption est surtout accentuée au niveau de la G. M. existant encore de chaque côté. Les racines de ces G. M. sont complètement à nu sur la face externe.

A l'inverse de ce qui se passe pour le maxillaire supérieur, les alvéoles n'ont subi aucun phénomène de résorption du côté interne.

Il semble donc, chez ce malade, que la résorption se fait à la face interne pour le maxillaire supérieur et à la face externe pour le maxillaire inférieur.

Nous avons procédé chez ce malade à l'extraction d'une dent qui était branlante et dont la racine externe (G. M. du M. I. droit) était

à nu. L'extraction a pu être faite avec les doigts sans que le malade éprouvât de douleur.

Cette extraction a laissé un orifice assez profond, et les quelques gouttes de sang qui le remplissait ayant été épongées, voici ce que nous avons constaté :

Les loges dans lesquelles étaient renfermées les extrémités des racines sont exclusivement composées de tissus mous. La cloison inter-alvéolaire est également composée de tissus mous de haut en bas. On peut avec le doigt ou la pointe d'un stylet, malaxer cette cloison qui n'offre plus aucune résistance. A la partie inférieure, cependant, on sent encore un reste osseux haut de deux centimètres environ. C'est ce reste de la cloison osseuse qui est continuée par la cloison molle dont nous venons de parler. La cloison molle a environ un centimètre de hauteur.

D'où proviendrait cette cloison molle ?

Elle ne provient, évidemment, que de l'adossement des deux feuillets de périoste alvéolo-dentaire jadis séparés par la cloison osseuse inter-alvéolaire.

La sensibilité paraît émoussée au fond de l'alvéole et sur la gencive, mais elle existe et le malade le déclare très nettement.

La sensibilité du palais, de la langue et de la joue est intacte.

La dent extraite était saine, mais elle était entourée d'une épaisse couche de tartre.

Observation II (Personnelle).

(Service de M. le docteur Davezac, à Pellegrin)

M..., âgé de 55 ans, entré à l'hospice il y a 14 ans, tabétique avéré classique : (diagnostic de MM. Davezac et Sabrazès).

Cet homme n'aurait jamais eu la syphilis.

Il n'est nullement cachectisé et a conservé toute son intelligence. Il articule mal.

Accidents dentaires. — Il a dû faire extraire une dent dont il souffrait à l'âge de 30 ans.

En 1890 seulement il fut pris de douleurs vagues du côté des dents. C'était une odontalgie généralisée mais mal définie. Le malade avait alors l'influenza. Dans le courant de sa convalescence ses dents, devenues branlantes, tombaient d'elles-mêmes sans douleur, pendant ses repas et se mêlaient à ses aliments. Dans une période de quinze jours, il perdit ainsi onze dents. Il en arracha lui-même quatre avec les doigts, parce que leur ébranlement était si considérable que ces dents se couchaient en travers, dans sa bouche et l'empêchaient de mastiquer.

Le malade a conservé toutes ces dents; il nous les a données et nous avons pu constater qu'une seule est atteinte d'une carie du second degré.

Il ne souffrait nullement des gencives.

Il importe de faire remarquer qu'à ce moment il souffrait de crises gastriques tabétiques bien caractérisées.

Le malade possède encore :

I. *Maxillaire supérieur* : à droite, 1re G. M., la canine ; à gauche, 2e P. M., 1re P. M.

II. *Maxillaire inférieur* : à droite, 2e, P. M., 1re P. M., la canine, les deux incisives ; à gauche, la canine, les deux incisives.

On remarque que toutes ces dents sont branlantes.

Comme dans le cas de l'observation I, à la mâchoire supérieure la racine interne de la grosse molaire existante est complètement dénudée. La gencive s'est interposée entre les racines, et la racine interne est complètement libre dans la bouche de haut en bas. La longueur de cette racine ne paraît pas diminuée. Le contact de toutes les dents est très douloureux.

Toutes ces dents sont recouvertes d'une épaisse couche de tartre malgré des soins quotidiens de la bouche.

A l'inverse de ce qui se produit pour le M. S., la résorption alvéolaire dans la mâchoire inférieure, se fait sur la partie externe.

Glycosurie légère depuis quelques années seulement, mais postérieure au début de la chûte spontanée des dents.

Observation III (Personnelle).

Service de M. le Dr Davezac à Pellegrin

J... Tabes avancé et classique.

C'est un homme de 42 ans et dont la physionomie paraît intelligente. En lui parlant on s'aperçoit cependant aussitôt, que la mémoire a presque totalement disparu. — Il parle peu, et malgré des efforts visibles qui semblent le fatiguer il arrive difficilement à se remémorer quelques faits.

Il se souvient à peine qu'il a exercé la profession de vannier. Il finit cependant, après bien des hésitations, par nous déclarer qu'il a perdu ses dents depuis longtemps, il ajoute qu'elles sont tombées d'elles-mêmes.

Examen de la Bouche. — I. *Mâchoire supérieure :* Il ne reste plus dans cette mâchoire que deux chicots.

Le malade affirmant qu'on ne lui a pas arraché de dents, nous devons penser que les dents manquantes sont tombées d'elles-mêmes sans carie ; car si la carie les avait détruites, nous en aurions trouvé des vestiges sous forme de chicots.

Il reste encore à la *mâchoire inférieure :*

A droite, chicots des 1er et 2e P. M., la canine, les incisives ;

A gauche, 1er P. M., la canine, les incisives.

Le malade n'a que très peu de tartre dentaire. — Il déclare avoir eu souvent des odontalgies.

D'après ses antécédents, il est très probable que J. a eu la syphilis.

Observation IV.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Pitres).

X..., 55 ans, fabricant d'eau gazeuse.

A 19 ans il a eu un chancre.

Jusqu'en 1889, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 49 ans, santé parfaite.

A cette époque, chute rapide de toutes les dents de la mâchoire supérieure, chute des molaires de la mâchoire inférieure.

Ces dents perdaient leur adhésion avec l'alvéole et devenaient branlantes ; on les arrachait sans effort et presque sans douleur.

En 1888, quelques mois après la chute des dents, apparaissent des douleurs fulgurantes revenant par crises et siégeant surtout aux jambes.

En 1889, parésie subite du membre supérieur droit, faiblesse des érections, gastralgie.

En 1891, troubles de la marche surtout pendant la nuit; le membre inférieur droit était plus faible que le gauche et il y a toujours eu prédominence marquée des symptômes tabétiques dans le côté droit du corps.

Notre malade a quatre enfants bien portants.

Il en a perdu un âgé de 19 ans, de fièvre typhoïde.

Etat du malade le 29 février 1893. — Marche difficile. Signe de Romberg, ne peut se tenir sur une jambe même les yeux ouverts.

Pupilles inégales G > D, insensibles à la lumière et à l'accommodation. Sensation de mollesse du sol, testicule gauche volumineux; testicule droit atrophié; larges taches de viteligo sur les bourses et main droite ataxique semble entourée d'ouate, ne peut se boutonner. Parle assez bien, mais en nasillant. Sensations douloureuses fréquentes au rectum sans véritables crises rectales.

Les injections de liquides orchitiques ne donnent pas de résultat.

23 mars 1893. — Etat aggravé. Marche très tombante. Main tout à fait ataxique.

Pas de grandes crises mais sensation de *rongement* dans les jambes et surtout dans les malléoles.

Observation V.

Due à l'obligeance de M. le Professeur Pitres

A. H..., âgée de 42 ans, mère encore vivante âgée de 95 ans. Père mort à 70 ans d'une pneumonie.

Pas de maladies nerveuses dans la famille.

Mariée depuis l'âge de 22 ans. Pas d'enfant ni de fausses couches.

Réglée à l'âge de 20 ans, elle a cessé de l'être après son mariage.

Début de la maladie : Rien ne permet de penser à la syphilis.

Depuis l'âge de 22 ans elle est sujette à des douleurs revenant par crises presque tous les mois et durant de un à quatre jours.

Ces douleurs ressemblent à des coups de canifs enfoncés brusquement dans le gras des cuisses, quelquefois dans les côtés de la poitrine et du ventre.

Sensation d'engourdissement avec anesthésie complète des deux côtés du thorax et de l'abdomen.

Il y a sept ans : chute de toutes les dents de la mâchoire inférieure. En six mois toutes les dents sont tombées sans douleur préalable.

Celles de la mâchoire supérieure n'ont pas été très atteintes. Il n'en manque que deux ou trois qui sont tombées aussi spontanément sans douleur et sans carie.

Pas d'autres troubles trophiques.

Pas de troubles de la vessie.

Le dix-neuf juin 1895, elle présente les symptômes suivants :

Pupilles inégales D. < G. à la lumière et à l'accommodation.

Anesthésie absolue des deux seins à la pression. Il y a également anesthésie de la peau.

Réflexe rotulien aboli ; réflexe plantaire aboli ;

Constipation opiniâtre ;

Appétit irrégulier ;

Pas de troubles de la marche et de l'équilibre ;

Pas de chute des ongles.

L'anesthésie du thorax est curieuse, la malade éprouve sur la peau la sensation qui suit l'application d'un vésicatoire ; elle n'y sent ni pincement, ni piqûre.

Marche et station debout normales.

Observation VI.

Due à l'obligeance de M. le Professeur Pitres

X..., âgé de 48 ans, a eu la syphilis.

Douleurs fulgurantes ;

Réflexe rotulien aboli ;

Pas de troubles de la marche, même les yeux fermés ;

Sensibilité testiculaire conservée ;

Pas de chute des ongles ;

A perdu cinq dents du maxillaire supérieur sans douleur et spontanément.

Observation VII.

Due à M. le professeur Pitres

D..., âgé de 47 ans, observé en 1895.

A eu la syphilis à 32 ans. Les premiers symptômes du *tabes* datent de 1877. Il est actuellement bien caractérisé.

Le malade a parfois un voile devant les yeux.

Depuis longtemps, il a perdu les dents du M. S. qui sont tombées spontanément et sans douleur l'une après l'autre. Il avait auparavant éprouvé des douleurs très vives dans les gencives.

Observation VIII.

Due à l'obligeance de M. le professeur Pitres

Y..., âgé de 49 ans, observé en 1884.

A deux fils, l'un âgé de 21 ans, l'autre de 19 ans, nés d'une première femme.

D'une seconde femme il a eu un enfant qui est mort.

Il s'est marié une troisième fois à 36 ans. Jusqu'en 1881 il a été très bien portant. Jamais aucune douleur.

A cette époque, il se produit une fluxion des gencives localisée à la mâchoire supérieure. A la suite de cette fluxion, les dents de la mâchoire supérieure sont toutes tombées, moins trois. Ces dents n'étaient pas cariées, elles s'ébranlaient et tombaient sans effort. Des trois dents qui restent deux sont saines.

Interrogé avec soin sur le début de la maladie il raconte qu'il lui semble que les douleurs des jambes ont précédé de quelques mois la fluxion des joues et la chute des dents.

Quelques mois plus tard, chute de la paupière supérieure gauche et paralysie du droit interne; cette paralysie persiste.

Vers la même époque et même un peu avant, le malade était sujet à des crises de douleurs fulgurantes vives dans les pieds et les jambes. Elles survenaient de loin en loin, surtout la nuit.

Depuis deux ans, douleurs en ceinture.

Depuis la même époque, absence d'érection.

Il y a deux ans : une crise gastrisque, qui dura trois jours ; il y a un an : seconde crise.

Pas de troubles trophiques apparents...

Abolition absolue des réflexes rotuliens.

Pupilles inégales — la droite plus petite que la gauche, toutes deux immobiles à la lumière et à l'accommodation.

La sensibilité des lèvres, des gencives et des joues est normale.

Jamais de douleurs fulgurantes dans la tête ou à la face : le malade ne sent pas de raideur dans les joues ni à la face comme il en ressent dans les reins et les jambes.

En 1889, l'état est à peu près le même.

Depuis deux ans cependant il s'est développé comme une déviation de gauche à droite de la colonne vertébrale à la région lombaire. Pas de douleurs à la pression dans la région déviée.

Urines normales. Appétit bon. Sommeil assez bon.

Le malade est nerveux, émotif.

Troubles profonds de la sensibilité des membres inférieurs, la piqûre est sentie tardivement et peu. Le malade marche assez bien, même les yeux fermés.

Il peut se tenir les yeux ouverts sur l'une ou l'autre jambe, mais non les yeux fermés.

Il est gêné pour monter un escalier et plus encore pour descendre.

Il pourrait encore faire une course assez longue (2 à 3 kilomètres) sans trop se fatiguer.

Il éprouve toujours une certaine raideur dans les reins et les membres inférieurs.

Le malade sent mal la résistance du sol ; il lui semble souvent marcher sur du coton ou du caoutchouc.

En mai 1885, M. Pitres reçoit le malade. Il est allé à Lamalou et se trouve à peu près dans le même état qu'au mois de mars dernier. En outre il raconte qu'il a souvent des salivations assez abondantes le forçant à cracher à chaque instant et un fréquent besoin d'aller à la selle surtout quand il parle longtemps. Malgré cela il est plutôt constipé.

Pas d'érection. Les douleurs à type fulgurant sont passées : il n'y en a plus depuis longtemps; le malade sent les jambes raides; les pieds lui semblent serrés comme avec une corde.

Il marche les yeux ouverts ou fermés avec très peu d'hésitation. Il peut sans peine marcher à reculons. Il ne se tient pas sur l'une ou l'autre jambe les yeux fermés; il vacille, il tombe. Pas de chute ni d'atrophie des ongles.

C'est à cette époque seulement que se produit la chute des dents de la mâchoire inférieure. Depuis 1881, époque à laquelle sont tombées les dents du maxillaire supérieur, il n'a pas perdu de dent.

Il y a donc eu un intervalle de quatre ans environ entre les lésions du maxillaire supérieur et celles du maxillaire inférieur, lésions qui ont amené la chute des dents.

Observation IX

Due à l'obligeance de M. le professeur Pitres.

R..., 54 ans, employé de bureau, a eu deux blennorrhagies, mais jamais de syphilis. Il est très affirmatif sur ce point. Il était bien portant jusqu'à il y a deux ans (1893). Il n'est pas marié.

A cette époque (1893), il est réveillé une nuit par des douleurs fulgurantes très aiguës. Depuis, ces douleurs se répètent souvent.

Il y a un an, incontinence d'urine.

Jamais de troubles de la vue.

Pas de perte très marquée de l'équilibre.

24 août 1895. — On revoit ce malade qui présente les symptômes suivants : pupilles légèrement inégales, D > G réagissant à la lumière et à l'accommodation.

Réflexe abdominal supérieur trés vif; réflexe abdominal inférieur très faible; réflexe testiculaire aboli; réflexe rotulien aboli; réflexe plantaire aboli.

Défécation normale.

Incontinences nocturnes d'urines.

Sensibilité testiculaire faible.

Les crises de douleurs fulgurantes sont très fréquentes. Elles surviennent plusieurs fois par semaine, les douleurs ont exactement le même caractère que lorsqu'elles se produisirent pour la première fois. Elles sont surtout nocturnes mais se prolongent aussi le jour : elles ressemblent à des éclairs ou à des coups de fouet, ce sont les deux formes distinctes : les coups de fouet siègent surtout dans les jambes, les mollets de préférence; les éclairs dans les cuisses et le bas-ventre.

Pas d'arthropathies.

Pas d'hémiatrophie linguale.

Pas de chute des ongles.

Toutes les dents de la mâchoire supérieure, sauf une, sont tombées en quelques mois, il y a quatre ou cinq ans : elles se décharnaient, devenaient branlantes, puis se détachaient de l'alvéole sans être cariées et sans déterminer de douleurs.

Ce malade marche facilement les yeux ouverts et même les yeux fermés.

Légère hésitation à se tenir debout, immobile, les yeux fermés : se tient très difficilement sur une jambe seule, même les yeux ouverts.

Pas de rapports sexuels depuis deux ans parce qu'il suppose que cela lui ferait mal : mais il a quelques érections sans désirs toutefois.

Avant d'être malade, l'appétit était très bien conservé.

Pas d'excès alcooliques.

Résistance du sol assez mal perçue. Parfois, il lui semble que le sol est mou.

Constipation habituelle; presque depuis le début de son mal il souffre de l'estomac.

Ce sont des crampes, des pesanteurs de l'épigastre, des digestions lentes et pénibles. Pas de vomissements mais beaucoup de gaz.

La miction est habituellement facile. Il y a perte des urines surtout la nuit. Le malade est obligé de s'envelopper la verge de linges.

Observation X

Due à l'obligeance de M. le professeur Pitres

V..., ébéniste, 39 ans.

Ant. héréd. — Mère morte à 78 ans, de vieillesse. Père à 88 ans, et pas d'infirmité. Une tante morte à 98 ans. Deux frères et une sœur n'ont aucune maladie. Un frère est rhumatisant.

Ant. pers. — Pendant la première enfance aucun stigmate de scrofulose : enfant bien développé.

A l'âge de 9 ans, il reçut au niveau de la région sus-hyoïdienne gauche un coup de corne de bœuf qui pénétra jusqu'au niveau du plancher de la bouche. Pas de troubles fonctionnels de la langue à la suite de ce traumatisme.

A 17 ans. fluxion de poitrine suivie d'une guérison intégrale.

Il a fait un an de service militaire à Bayonne et à Tarbes.

Marié il y a dix ans, il a eu deux enfants. L'un est mort de diphthérie, l'autre est bien portant; sa femme n'a jamais eu de fausses couches.

Un peu emporté et nerveux, il n'a jamais eu de maladie.

Il y a cinq ans, il perdit ses dents sans éprouver de douleur, dans le courant de ses repas. Il remarqua à ce moment que ses gencives étaient saignantes mais point douloureuses.

Il perdit ainsi trois dents dans la même semaine et dans l'espace de quatre à cinq mois toutes les dents du maxillaire supérieur tombèrent à l'exception de quelques-unes : elles étaient toutes intactes ou très légèrement cariées. Le malade n'éprouvait aucune douleur dans la bouche. Il cueillait ses dents et continuait à manger. Ultérieurement les gencives se sont ramollies, gênant le malade pendant

la mastication à cause de leur défaut de consistance ; mais elles ne le faisaient pas souffrir.

Pendant un à deux mois les gencives restent ainsi ramollies et saignantes. Alors le malade, auquel il ne restait que les deux premières grosses molaires gauches du maxillaire supérieur, s'est fait faire un dentier dont il se sert pour manger et il l'a parfaitement supporté.

Le malade n'a donc perdu que les dents du maxillaire supérieur.

Les dents de la mâchoire inférieure sont restées intactes et le malade n'en a jamais souffert.

Il y a six ans à l'époque de la perte de ses dents il avait à la mâchoire inférieure une dent cariée (deuxième grosse molaire) qui irritait un peu la langue mais qui tomba spontanément.

Le malade n'a jamais accusé de douleurs de la langue et ne s'est jamais cru porteur d'une lésion de ce côté. Aussi a-t-il été fort surpris lorsqu'on a découvert la lésion ulcéreuse très étendue qu'il présentait sur la face inférieure de la langue (côté gauche). Cet ulcère avait la grandeur d'une pièce de un franc. Il était régulièrement arrondi bien limité par la muqueuse formant un bourrelet blanchâtre autour de lui.

Le fond était saillant, bourgeonnant, atone, d'un gris rosé, non sanguinolant.

La base de l'ulcère était légèrement indurée. Autour de lui, il n'existait aucune induration de la langue, aucune production gommeuse, aucune fissure.

La sensibilité était très émoussée. On pouvait le piquer très profondément sans que le malade accusât de la douleur ; la langue était également hypoesthésique. Cette lésion ne pouvait être considérée comme *une gomme* à cause de l'absence d'ulcère proprement dit, à cause de l'état des bords et de l'aspect bourgeonnant de la face. On pensa plutôt à *un épithélioma* à cause de son aspect végétant. Mais l'absence d'hémorragie au niveau de la végétation, l'absence d'induration profonde de la langue, la torpeur de la lésion permettaient de douter de la réalité de ce diagnostic. On ne pouvait songer non plus à

une ulcération due à la présence d'un chicot au voisinage de la langue. En effet, sur le côté du maxillaire inférieur gauche la première prémolaire est intacte mais elle a un bord postérieur un peu tranchant qui peut avoir contribuer à favoriser l'ulcération d'autant plus que le siège de l'ulcère correspond à la situation de cette dent ; ce bord peut d'autant plus facilement avoir lésé la langue que toutes les autres molaires de ce côté sont tombées à l'époque où le malade a perdu ses dents. L'ulcération étant indolore, puisque le patient en ignorait l'existence, on ne pouvait songer à une ulcération simple, déterminée par la pression d'une dent. On sait, en effet, que de semblables lésions sont très douloureuses.

Incertain sur le diagnostic, M. Sabrazès pratiqua une biopsie. Examen : *tissu de granulation nécrosé.*

On enleva, au bistouri, gros comme un pois de l'ulcère en faisant porter la section sur les bords et sur une partie de la surface. Il se produisit pendant l'opération qui fut tout à fait indolore (bien qu'on se fût contenté d'appliquer sur l'ulcère un petit tampon imbibé de cocaïne) une légère hémorragie que l'on arrêta au moyen d'une petite cautérisation ignée.

Après cette intervention l'ulcère a très rapidement diminué d'étendue si bien qu'actuellement (c'est-à-dire dix jours après) on ne trouve plus à un centimètre au-dessous du bord gauche la langue et trois centimètres en arrière de la pointe qu'une altération triangulaire longue d'un centimètre, large d'un demi-centimètre à la base, dont le fond est grisâtre, dont les bords bien limités, sont constitués par la muqueuse saine et peu macérée. Au-dessus de la colerette blanchâtre qui en résulte, la langue est superficiellement indurée : l'ulcère est en voie de cicatrisation.

Du côté du maxillaire supérieur, non seulement toutes les dents sont tombées (sauf les deux grosses molaires sus-indiquées) mais encore la totalité des alvéoles s'est résorbée si bien que la voûte palatine forme une surface légèrement concave, sans rebords latéraux. La muqueuse

ne présente pas d'ulcération au niveau de l'ancien emplacement des alvéoles.

Pas de trajet fistuleux.

A la place des alvéoles se trouvent des facettes longitudinales qui circonscrivent les palatins et qui forment comme un plan incliné qui se dirige de haut en bas et de dehors en dedans. La muqueuse palatine est intimement accolée sur ce plan incliné duquel on ne peut la décoller. La sensibilité à la piqûre est très affaiblie sur la voûte palatine au niveau des rebords alvéolaires. Sur la langue la sensibilité à la piqûre est émoussée et non abolie. Lorsqu'on pique comparativement et avec intensité le fond de l'ulcère et les environs de ce dernier, le malade répond qu'il sent moins dans le fond de l'ulcère que dans le voisinage. Si on promène sur la surface de la lésion une aiguille métallique chauffée, le malade ne sent pas. Il a cependant une très légère sensation de brûlure sur la surface restée saine de la langue. Lorsque l'aiguille est portée au rouge et qu'on cautérise, l'ulcère la sensation résultante est extrêmement affaiblie.

Si on place du quass-amara sur le côté gauche de la langue, l'amertum est perçue. Le sel déposé sur la langue développe bien une sensation de " salé " mais il faut un certain temps pour que cette sensation soit perçue, de même pour le sucre. Il sent bien les odeurs.

Si on l'examine, la bouche étant fermée, on voit quil existe au niveau des os malaires un creux très accentué qui tient à l'absence des alvéoles. L'os malaire est absolument sur le même plan que la voûte palatine.

La voix est un peu chevrotante.Pas de réflexe pupillaire à la lumière. Les pupilles se contractent à l'accommodation.

CONCLUSIONS

1. — La chute spontanée des dents peut être un symptôme du tabes. D'après nos recherches on l'observerait dans 8 à 10 pour 100 des cas environ. Mais peut-être le fait n'a-t-il pas été signalé dans toutes les observations.

2. — Ce phénomène se montre à toutes les périodes de la maladie, mais surtout à la période préataxique ainsi qu'il ressort de nos observations.

3. — Les dents tombent généralement sans douleur, sans hémorragie, mais leur chute est *précédée* d'un certain nombre de symptômes subjectifs qui sont dans la sphère du nerf trijumeau, douleurs fulgurantes ou non, sensation d'agacement de dents, gonflement des lèvres et de la joue, etc.

Les dents sont ou bien saines et même absolument intactes, ce qui est le cas le plus fréquent, ou bien cariées si elles l'étaient antérieurement et par toute autre cause que le tabes.

Elles peuvent être entourées malgré des soins quotidiens d'une épaisse gaine de tartre qui les recouvre entièrement.

4. — Les dents tombent surtout au niveau du maxillaire supérieur. Les canines et les prémolaires préludent à la chute spontanée.

5. — Elles se déchaussent par leur face interne au M. S. à l'encontre de ce qui se passe pour le M. I. où le déchaussement se fait par la face externe.

Le rebord alvéolaire subit en même temps que les dents tombent un processus de résorption si accusé que ce rebord finit par disparaître complètement.

A ce rebord ainsi résorbé sont parfois appendues des racines entre lesquelles s'est interposé un pont gingival qui les maintient adhérentes (Obs. I).

7. — Le rebord alvéolaire est résorbé primitivement, et la gencive et le périoste peuvent subsister comme nous l'avons vu chez notre malade (Obs. I) : la cloison gingivale située entre les racines d'une molaire était intacte alors que le rebord alvéolaire avait disparu *complètement*.

8. — La chute spontanée des dents paraît être due à un trouble du système nerveux dans le territoire du trijumeau et des vaso-moteurs qui l'accompagnent ; les recherches anatomo-cliniques et expérimentales ne permettent pas encore de se prononcer sur la *nature* de ce trouble.

La raréfaction alvéolaire — de même ordre que la modification osseuse qui prédispose aux fractures spontanées — semble se trouver à l'origine de la chute des dents.

La périoste alvéolo-dentaire, véritable ligament comparable à ceux des articulations persiste malgré la résorption de l'alvéole et maintient la dent jusqu'à ce qu'une cause brusque, la mastication par exemple, l'arrache de son point d'adhérence.

Parfois si la résorption alvéolaire n'est pas aussi complète, les traumatismes entraînent la chute par luxation.

L'alvéole transformé en cornet osseux extrêmement mince et friable (Vallin) peut tomber et s'exfolier avant ou après la dent elle-même.

Bordeaux, le 22 juillet 1896.
Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
Dr ARNOZAN.

Vu : *Pour le Doyen :*
L'assesseur,
Dr C. BLAREZ.

Bordeaux, le 23 juillet 1896.
Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Romberg. — Tabes, 1851.

Duchenne (de Boulogne). — Ataxie locomotrice progressive, 1858.

Arnozan. — Thèse d'agrégation, Paris 1880.

Labbé. — Bulletin de la Société chirurgicale de Paris, 1868.

Dolbeau. — Bulletin de la Société chirurgicale de Paris, 1869.

Duplay. — Pathologie externe, t. IV.

Dubrueil. — Bulletin de la Société chirurgicale de Paris, 1871.

Vallin. — Société médicale des hôpitaux, 1879.

Demange. — *Journal des connaissances médicales*, 1882.

Hay-Margirandière. — Thèse de doctorat, 1883.

Bonnieu. — Thèse de doctorat, Paris 1883.

Fournier. — Société médicale des hôpitaux. — Des symptômes préataxiques.

David. — *Journal des connaissances médicales*, 1882-1894.

Galippe. — *Journal des connaissances médicales*, 1882-1894.

Manoha. — Thèse de doctorat, Montpellier, 1885.

Follin. — Pathologie externe, IV.

Lereboullet. — *Gazette des Hôpitaux*, 1879. — *Gazette de Médecine*, Montpellier, 1885.

Baudet. — Bulletin de la Société anatomique et physiologique, Bordeaux, 1890. — *Union médicale*, novembre 1894. — Archives générales de médecine, 1895.

Charcot. — Œuvres complètes.

Carrière. — Thèse de doctorat, Paris 1892.

Hudélo. — Annales de dermatologie, 1893-1894.

Letulle. — Société médicale des hôpitaux, 1894.

Millioti. — Etude sur le tabes, 1890.

Raymond. — Dictionnaire des sciences médicales, 1879.

Bordeaux. — Imp. J. Pechade, 20, rue Margaux.